CARMEM BEATRIZ NEUFELD
& COLABORADORES

PROTAGONISTAS EM TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Histórias de Vida e de Psicoterapia

SINOPSYS
editora

Querida Graça

Que este livro seja
uma lembrança cotidiana
de que nossas vidas
estão cruzadas

Com carinho

Bia Neufeld

Foz, 10/10/13

CAPÍTULO 3

Os outros? Pouco me importam!

Aline Henriques Reis
Patrícia Cavalari Nardi
Priscila de Camargo Palma
Carmem Beatriz Neufeld

"As pessoas fingem várias interações humanas,
mas eu sinto como se fingisse todas,
e as finjo muito bem!"
JAMES MANOS JR.

Dizia o prontuário: "Problemas com o filho" e "Indicação médica". Após um desfile de prontuários este pareceu o menos ameaçador para um primeiro paciente. Descobre-se assim cedo que os prontuários nem sempre (ou quase nunca) refletem o ser humano por detrás da ficha.

Em uma quarta-feira fria e ensolarada do mês de outubro deu-se início a jornada. Era o primeiro paciente que ali se encontrava. O homem muito alto, robusto e de pele morena vestia roupas simples. Já na sala de atendimento, após deixá-lo escolher em qual poltrona sentar, estava diante de alguém que parecia preocupado, com muitos problemas e disposto a receber ajuda.

Ponto de partida

Alfa Beta

O encontro

Marcos era um homem de 31 anos, negro, com ensino médio completo, católico praticante, casado com Luana, de quarenta

anos, ensino fundamental completo e funcionária de uma empresa. O casamento gerou três filhos: Eduardo, de oito anos, estudante, e os gêmeos André e Felipe, de três anos. O paciente iniciou o processo terapêutico trabalhando em uma grande empresa, na área metalúrgica, e finalizou o processo terapêutico trabalhando como metalúrgico autônomo.

A principal queixa inicial envolveu problemas de relacionamento com o filho mais velho, de oito anos. O paciente descrevia-se como sendo muito inflexível, alegava não ter paciência e tratar Eduardo como adulto, com cobranças excessivas. As queixas secundárias do paciente eram sensação de cansaço, dificuldade em pedir desculpa às pessoas mesmo quando sabia que não havia sido correto em algum comportamento, autodenominando-se como autoritário e orgulhoso.

O paciente relatava também problemas de relacionamento com colegas de trabalho, afirmando que desrespeitava as pessoas à sua volta, sendo agressivo verbalmente. Afirmava que tinha vontade, mas que nunca agrediu fisicamente seus colegas. Segundo Marcos, somente os superiores mereciam seu respeito. Acreditava que o modo como tratava os iguais era o correto.

Marcos também apresentava queixas relacionadas aos seus familiares. Relatou uma briga com o irmão em que houve agressão física de ambas as partes. O paciente tentou agredir o irmão com uma faca, com o objetivo de matá-lo, e ambos foram impedidos pela mãe, que estava no local. Depois dessa briga, o paciente passou a evitar o contato com o irmão. Quando estava alcoolizado, agrediu, também com uma faca e com intenção de matar, uma pessoa em um bar.

O paciente mostrou-se disposto no início do processo terapêutico, porém sempre impunha condições à terapeuta para que o processo terapêutico acontecesse, como, por exemplo, exigia melhora rápida dos sintomas e ameaçava não voltar para a próxima sessão. Com isso, o paciente acabava despertando na terapeuta sentimentos de incapacidade para seguir com o processo terapêutico. Apesar de o paciente não faltar às sessões, não aceitava as estratégias propostas

para o enfrentamento de suas queixas, ou mesmo possíveis flexibilizações de pensamentos disfuncionais.

Marcos também não fazia as tarefas de casa, mesmo após analisar as vantagens e desvantagens de não realizá-las. Segundo J. S. Beck (1997), a tarefa de casa é parte integral da terapia cognitiva, momento em que o terapeuta busca estender as oportunidades de mudança cognitiva e comportamental ao longo da semana do paciente. Assim, boas tarefas de casa proporcionam oportunidades ao paciente de adicionalmente educar-se, colher dados, testar e modificar seus pensamentos e suas crenças, praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos. A tarefa de casa pode aumentar o nível de aprendizado em uma sessão de terapia e conduzir a um aumento no sentido de autoeficácia.

Os atendimentos ao paciente ocorreram em um serviço-escola de Psicologia durante o período de sete meses, entre 2008 e 2009. Foram realizadas, ao todo, 23 sessões, uma das quais com o filho mais velho do paciente. O paciente faltou a três sessões, com justificativa. Dentro desse período de atendimento, ocorreram as férias letivas, de dois meses, período em que não houve atendimento.

A trajetória

Os pais de Marcos eram falecidos à época do atendimento. Marcos tinha três irmãos, todos casados, com filhos e residentes na mesma cidade. A história da família de origem do paciente não foi foco da terapia, e ele relatava não se lembrar de dados relevantes de sua infância, com exceção do relacionamento com a mãe, a qual sempre se referia com sentimentos de raiva e mágoa pelo modo como ela educava os filhos. Lembrava-se da mãe sendo severa, rígida e punitiva. Desde crianças, Marcos e os irmãos tiveram que trabalhar para ajudar os pais. Não havia histórico de transtornos psiquiátricos ou psicológicos na família.

O paciente morou com os pais e irmãos durante a infância e parte da adolescência, saindo de casa com dezoito anos para casar-se

com Luana, sua esposa. Segundo relato, a mãe de Marcos sempre se mostrou hostil e agressiva com o marido e os filhos, lembrando a relação que Marcos estabeleceu com sua esposa e filhos. Os poucos eventos relatados por Marcos foram de falas da mãe para ele, como: "Um dia ninguém vai estar aqui para te ajudar", "Quanto mais você chorar, mais vai apanhar", "Se um de vocês aprontar, não quero nem saber quem foi, todos vão apanhar" e a obrigação de trabalhar e ajudar nas atividades da casa. Em relação ao pai, o paciente não relatou nenhuma informação relevante. Desde a infância, Marcos desrespeitava regras impostas por sua mãe e culpava seus irmãos pelos comportamentos cometidos por ele, acreditando que estava tendo vantagens com isso e mostrando sua superioridade em relação aos irmãos.

Os relacionamentos interpessoais foram o principal motivo que levaram o paciente a procurar terapia. Marcos apresentava problemas de relacionamento com o filho mais velho, delegava a ele várias tarefas dentro de casa e tinha dificuldade em conversar com a criança. Quanto aos filhos mais novos, a maior dificuldade era a falta de tempo para brincar com eles, pois só tinha livres os finais de semana. Segundo Bolsoni-Silva e Maturano (2002), um relacionamento saudável entre os membros da família envolve equilíbrio de valores, respeito, expressão de sentimentos e opiniões, cooperação e amizade, elementos que não se faziam presentes na família de origem de Marcos nem na família por ele constituída.

A rotina de Marcos com sua esposa e seus filhos envolvia pouco tempo, pois o paciente relatava passar o dia todo e parte do anoitecer trabalhando. Luana trabalhava o dia todo e o filho mais velho, que frequentava a escola no período da tarde, era responsável pelas tarefas de casa, como: lavar a louça, dar comida para os animais, varrer a casa, arrumar as camas e fazer a própria comida. Os filhos gêmeos frequentavam o centro de educação infantil em período integral. Durante a semana, Marcos relatava que não tinha tempo para brincar com os filhos, pois chegava cansado, e que tentava aproveitar o final de semana para levar as crianças em algum parque ou praça.

O relacionamento com a esposa também apresentava dificuldades. Embora relatasse que amava a esposa, Marcos dizia ser rígido, não se importando quanto aos efeitos de sua conduta em sua esposa e no seu casamento. Desde o início do casamento, relatou agir da mesma maneira com a esposa, tendo consciência de ser agressivo com ela, porém não sentia culpa por tratá-la dessa forma. Marcos relatou nunca ter agredido Luana fisicamente, mas expressava suas crenças-regra por acreditar que era ele quem mandava na casa, portanto não compartilhava com a esposa seus problemas ou suas decisões nem se importava com as opiniões dela.

Em relação à vida sexual, Marcos relatava que o casal tinha problemas sexuais, pois ele tinha mais desejo sexual do que sua parceira. O paciente chegou a desconfiar que sua esposa o estivesse traindo, em vista da diminuição da libido da parceira. Considerando a baixa frequência das relações sexuais com a esposa, o paciente acreditava ter o direito de traí-la. Relatou um caso extraconjugal com uma parceira fixa com quem manteve relações sexuais por aproximadamente dois anos e relações extraconjugais esporádicas ao longo do casamento. Essas traições aconteciam quando o paciente saía de casa para bailes sem a presença da esposa, enquanto esta ficava em casa com os filhos.

O sono e alimentação eram apropriados, não apresentando queixas. Marcos nunca sofreu acidentes graves. Teve uma doença estomacal, motivo por que o médico que lhe atendeu o encaminhou para terapia. O paciente não sabia nomear a doença que teve, apenas que precisou realizar uma cirurgia por consequência dela.

O paciente relatou ter um relacionamento distante com os irmãos e parentes, não se envolvendo nos problemas familiares. Marcos via seus familiares apenas em datas comemorativas e relatava tentar se excluir de conversas nessas ocasiões. O paciente falava que o que acontecia aos outros não era problema dele. Como consequência dessa regra, ele se afastava dos parentes e os parentes também preferiam que ele permanecesse distante. Relatava que eles o acusavam de ser “frio” e irresponsável.

Quanto aos colegas de trabalho da empresa, o paciente respeitava apenas colegas ou chefes com cargos superiores ao dele, ou com maior escolaridade. Conforme o ponto de vista do paciente, todavia, pessoas de um nível hierárquico abaixo, ou do mesmo nível, não precisavam ser respeitadas. Dessa forma, Marcos desenvolvia problemas de relacionamento dentro da empresa.

Marcos cursou até a oitava série do ensino fundamental. Nunca teve muitos amigos. Os amigos que ainda persistiam eram quatro homens, todos casados e com filhos, e o paciente relatava que eram amigos da infância e adolescência. Encontravam-se esporadicamente em churrascos e pequenas viagens que organizavam. A relação de Marcos com os amigos burlava as convenções sociais; certa vez, por exemplo, manteve relações sexuais com a esposa de um desses amigos. O paciente expôs que sua esposa nunca soube desse relacionamento extraconjugal. O esposo da mulher com quem Marcos manteve relações sexuais foi advertido sobre a traição e foi questionar o paciente a respeito. Ele respondeu ao amigo que não era verdade e que nunca havia se envolvido com a esposa dele. Quando questionado se havia se arrependido pelo ocorrido, ele negou, dizendo que não lhe parecia que houvesse motivo para se arrepender.

Marcos começou a trabalhar ainda criança, ajudando nos afazeres de casa e também trabalhando fora. Relatou que precisava trabalhar para ajudar a família financeiramente e também porque sua mãe acreditava que assim Marcos e seus irmãos seriam mais responsáveis. Já na vida adulta, Marcos estabeleceu-se como metalúrgico, alternando o trabalho como funcionário em empresas de metalurgia e o trabalho como autônomo. Marcos relatava que os benefícios de trabalhar em uma empresa eram de ter salário fixo e data para recebê-lo, mas que o salário era baixo e não cobria suas despesas. Já trabalhando como autônomo ele era seu próprio chefe e ninguém poderia dar ordens a ele, o salário era melhor e não sabia ao certo quando receberia, pois isso dependia dos clientes. Ao longo da terapia, Marcos deixou a empresa onde trabalhava para montar uma sociedade e abrir uma metalúrgica, porém em um mês a sociedade foi

desfeita por incompatibilidade entre os sócios. Ao final do processo terapêutico, o paciente, com problemas financeiros, estava trabalhando sozinho como autônomo.

A visão dos outros

Utilizou-se como fonte de informação, uma sessão realizada com o filho mais velho do paciente, Eduardo (oito anos), a fim de verificar as demandas trazidas pelo pai à terapia, bem como averiguar as melhoras relatadas pelo paciente. Foi combinado anteriormente com o pai e depois com a criança sobre o sigilo terapêutico de ambos.

Nessa sessão foram trabalhados pontos positivos e negativos que Eduardo percebia no pai. A criança respondeu que às vezes achava as atitudes do pai negativas – quando o pai brigava ou batia nele – e positivas – quando comprava algum doce. Verificaram-se ainda quais atitudes de Marcos deixavam o filho feliz ou triste. Eduardo respondeu que às vezes ficava triste com o pai porque ele era bravo. Investigou-se também o que o filho gostaria que o pai mudasse, e a criança disse que gostaria que o pai não "mandasse fazer as coisas gritando" e que não batesse nele. Também foi questionado se Eduardo acreditava que o pai gostava dele – a criança respondeu que sim.

Essa entrevista foi realizada de forma lúdica, com desenhos que a criança pintava e sobre cuja história contava à terapeuta. Foram realizados três desenhos: um local em que ele se sentia feliz com o pai, em que Eduardo desenhou uma viagem a uma cachoeira; um local onde se sentia triste com o pai, no qual Eduardo desenhou a própria casa; e o que Eduardo esperava do futuro, no qual ele desenhou toda a família em outra cachoeira com o cachorro. Foi questionado a Eduardo se ele havia notado alguma diferença no pai, se o pai dele tinha mudado a forma de falar com ele, com o objetivo de verificar se as mudanças relatadas por Marcos eram verídicas. Eduardo relatou que o pai não estava mais batendo nele e, algumas vezes, pedia as coisas sem gritar. A criança confirmou as demandas apresentadas pelo pai, bem como a evolução paterna durante o processo terapêutico.

O perfil

As possíveis causas para os problemas atuais de Marcos foram provenientes das crenças intermediárias do tipo regra que lhe foram ensinadas, pela educação que recebeu dos pais, em especial da mãe, a qual referia, por exemplo, que "homens devem ser fortes", "meninos não podem chorar", "ninguém te ajudará no futuro", "tenho que me dar bem, não importa como". Segundo J. S. Beck (1997), as crenças influenciam o modo como os indivíduos agem nas mais diversas situações.

Quando o paciente começou a terapia, essa forma de pensar estava gerando consequências negativas em todas as áreas de sua vida, influenciando o modo como Marcos lidava com os problemas financeiros, que aumentaram com a chegada dos filhos gêmeos, o relacionamento conjugal e os relacionamentos interpessoais no trabalho. Essa interpretação que Marcos tinha de si e do mundo à sua volta, aliada ao fator mantenedor de que, às vezes, ele conseguia alcançar os objetivos e à submissão de sua família eram reforçadores do seu sistema de crenças. Marcos apresentava dificuldade em respeitar os direitos das pessoas com quem convivia, colocando seus interesses em primeiro lugar, mesmo que prejudicasse ou desrespeitasse a terceiros.

Marcos apresentou-se enfático quanto às suas vontades na terapia, mas nunca sendo agressivo, pois considerava sua terapeuta uma figura de autoridade e a respeitava. Marcos relatou que ao longo de toda a vida manteve o mesmo padrão de pensamentos e comportamentos que expôs em terapia, mas acreditava que esse perfil se intensificou após o nascimento de seus filhos gêmeos, há três anos. Disse que depois do nascimento dos gêmeos precisou "virar adulto". Marcos não percebia que agia de maneira agressiva com Eduardo assim como sua mãe agia com ele. Marcos aprendeu ao longo de sua infância que os filhos deviam ser tratados como adultos e de um modo agressivo e, dessa forma, o paciente repetia com seu filho o padrão em que sua mãe lhe educou.

No início dos atendimentos, o único aspecto positivo do paciente era a frequência às sessões. Ao longo do processo terapêutico,

ele conseguiu se mostrar mais flexível, motivado para as mudanças necessárias, assim como engajado nas tentativas de seguir as novas estratégias e a criação de respostas adaptativas para os questionamentos socráticos. Quanto aos aspectos pré-mórbidos, sabe-se que os transtornos de personalidade regem o modo de funcionamento do indivíduo. Segundo a American Psychiatric Association [APA] (2002), os transtornos de personalidade caracterizam-se por um padrão persistente de experiências internas e comportamentos que se desviam de forma acentuada das expectativas da cultura do indivíduo. Esses transtornos têm início na adolescência ou no começo da vida adulta, são estáveis e provocam dificuldade na vida social do indivíduo. Verificou-se que as características de rigidez, frieza e falta de compromisso com o outro foram se construindo ao longo da vida do paciente, tornando-se mais arraigadas na vida adulta.

O conflito

O processo diagnóstico foi sendo realizado ao longo das sessões iniciais, a partir das queixas do paciente, dos exemplos de como agia em diversas situações e dos sintomas apresentados. Com o decorrer das sessões, foi possível identificar algumas crenças-regra e pensamentos automáticos que auxiliaram na identificação do diagnóstico adequado. A conceitualização cognitiva do paciente não foi realizada de uma maneira mais formal, como propõe a literatura em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), pois o paciente não compreendia o que estava sendo feito. A partir disso, a conceitualização foi realizada pela terapeuta, para o entendimento do caso, e confirmada em sessão com o paciente.

Inicialmente, pensou-se em Transtorno de Ansiedade Generalizada, devido ao excesso de preocupação em vários aspectos de sua vida. Segundo a APA (2002), tal transtorno é caracterizado por ansiedade ou preocupação excessiva, ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do evento temido. Refutou-se essa hipótese,

pois as preocupações de Marcos não eram excessivas ou irreais, todas tinham embasamento em evidências: por vezes, o paciente não sabia onde iria habitar com sua família, visto que não tinha casa própria nem condições financeiras para pagar aluguel e, em algumas ocasiões, não sabia como conseguiria alimentar a si e a sua família. Portanto, suas preocupações eram baseadas em evidências, mas a forma como Marcos conduzia a obtenção de seus objetivos era inadequada.

Ao mesmo tempo, foi levantada a hipótese de Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC), em vista dos padrões rígidos que Marcos apresentava em relação à educação de seus filhos e ao relacionamento com sua esposa, exigindo organização excessiva de sua família quanto a horários e organização da casa. Além desses pontos, Marcos era inflexível com o comportamento dos outros em questões de moralidade e valores, todavia não o era em relação aos próprios comportamentos. Segundo a APA (2002), a característica essencial desse transtorno é a preocupação com organização, perfeccionismo, controle mental e interpessoal. Indivíduos com TPOC tentam manter o controle por meio de uma atenção extenuante a regras e detalhes. Por vezes, o paciente apresentava traços de personalidade obsessivo-compulsiva, mas não preenchia todos os pré-requisitos necessários para a confirmação do diagnóstico. Outro aspecto que colaborou para refutar o diagnóstico de TPOC referia-se ao fato de que o padrão rígido de Marcos era aplicado apenas ao outros, e não a si próprio, destoando intensamente das características desse transtorno.

Além da forma rígida com que Marcos agia com os outros, concomitantemente relatou problemas com a lei, tais como agressões físicas, dívidas as quais não pretendia pagar, suborno a policiais, planejamento quanto a atirar com uma arma em um cliente que estava lhe devendo e a ausência de culpa pelas infrações cometidas, apresentando "um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios" (APA, 2002, p. 685). Após longa investigação, chegou-se ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS).

Segundo A. T. Beck, Freeman e Davis (2005), pacientes que sofrem de TPAS, tendem a procurar atendimento psicológico volun-

tariamente, porém com queixas falsas, com finalidade de obterem uma prescrição de alguma substância ou, no caso da procura a um psicólogo, de obter laudo na tentativa de manipulação. Marcos não apresentava tais comportamentos, sua queixa não foi fidedigna ao transtorno de personalidade, porém não era uma queixa falsa, o paciente realmente possuía problemas de relacionamento com o filho. No decorrer do processo terapêutico, identificaram-se sintomas relacionados ao TPAS, mas corroborando com a literatura (APA, 2002), tais sintomas não foram trazidos pelo paciente como queixas ou demanda para a terapia.

Segue o diagnóstico multiaxial de Marcos:

- **Eixo I** – V 71.09 Nenhum diagnóstico
- **Eixo II** – 301.7 Transtorno da Personalidade Antissocial
- **Eixo III** – Doença do Sistema Digestivo
- **Eixo IV** – Problemas Psicossociais e Ambientais
  - – Problemas com Grupo Primário de Apoio - *O paciente não sabia como lidar com o filho mais velho, era rígido e batia na criança.*
  - – Problemas ocupacionais – *Marcos apresentava uma jornada de trabalho estressante, insatisfação com o emprego, mudança de emprego e desentendimentos com colegas de trabalho.*
  - – Problemas de moradia – O paciente *morava "de favor" na casa de uma amiga da esposa.*
  - – Problemas econômicos – Marcos *perdeu muito dinheiro em acordos financeiros inadequados, mantinha gastos que não condiziam com o salário que ganhava e acumulava dívidas que não poderia pagar.*
  - – Problemas com o acesso aos serviços de assistência a saúde – *um dos filhos do paciente precisava se submeter a uma cirurgia, o paciente não tinha como pagar e o SUS não estava liberando a cirurgia.*
- Eixo V – AGF: 51 (na admissão); 70 (no encerramento)

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) o TPAS caracteriza-se como um padrão invasivo de desrespeito aos direitos dos outros ou a regras sociais e parâmetros legais. Tais indivíduos podem realizar atos que lhes gerem detenções, tais como destruir propriedade alheia, importunar os outros e roubar. Segundo Jolliffe e Farrington (2004), os comportamentos violentos apresentados pelos antissociais são atribuídos à ausência de emoção. Historicamente, o TPAS vem sendo associado a indivíduos impulsivos, sem remorso e insensíveis; em função disso, não conseguem racionalizar seu comportamento transgressor, impedindo sua capacidade de entender e aprender com a experiência (Rogstad & Rogers, 2008).

O TPAS também é conhecido como psicopatia, sociopatia ou personalidade dissocial. Pesquisadores (Rogstad & Rogers, 2008; Zeier, Sommers & Racer, 2011), todavia, defendem que esses conceitos não se referem ao mesmo constructo, tendo definições distintas. Segundo os autores, a psicopatia é mais abrangente do que a personalidade antissocial, que representa um forte desvio social e uma omissão quanto aos resultados dos próprios atos (tais como irresponsabilidade, impulsividade, irritabilidade): já a psicopatia prediz atos mais violentos, além de outras condutas antissociais, como receptividade limitada de afeto e componentes interpessoais. Além disso, os psicopatas tendem a reincidir e a se envolver com mais frequência em atos criminais comparados aos antissociais. De acordo com Hare (2003), os psicopatas são descritos como encantadores, com bom relacionamento interpessoal, porém são afetivamente rasos, ou seja, têm experiências afetivas deficientes, são impulsivos e propensos a cometer uma variedade de atos infracionais.

Relendo o enredo

Com base nos dados apresentados pelo paciente, realizou-se a conceitualização cognitiva, que é a "formulação do caso", baseada na concepção cognitiva dos transtornos mentais do paciente. Na conceitualização, busca-se entender quais os fatores cognitivo-com-

portamentais que mantêm as dificuldades emocionais, as crenças, os pressupostos, os traumas e as experiências de vida que fizeram o paciente a vivenciar o problema atual (Knapp, 2004). Segundo Neufeld e Cavenage (2010), a conceitualização tem como função primária guiar a terapia de modo a aliviar os sofrimento do paciente e desenvolver sua capacidade de lidar com os problemas encontrados ao longo de sua vida.

A conceitualização cognitiva abrange situações que geram prejuízo na vida atual do paciente. Segundo Kuyken, Padesky e Dudley (2010), além de envolver os problemas, a conceitualização deve envolver também os pontos fortes e fracos do paciente. Em virtude da infância e de interpretações das vivências ao longo da vida, Marcos desenvolveu uma crença central sobre si de superioridade, "eu sou forte/superior". Segundo A. T. Beck et al. (2005), pacientes com TPAS se veem como inteligentes e persistentes. Em relação aos outros e ao mundo Marcos acreditava que: "os outros são inferiores a mim". Quanto ao futuro, acreditava que "o futuro poderia ser melhor", acreditando que poderia ganhar dinheiro e melhorar sua qualidade de vida, porém não planejava estratégias para fazê-lo. Ao longo de sua infância, o paciente relatava lembrar-se de poucas coisas, mas que sua mãe dizia que homem tinha que ser forte para não ser mandado por outras pessoas; assim, foram sendo construídas as regras com relação à obediência e sua crença central de superioridade.

Segundo A. T. Beck et al. (2005), pacientes com TPAS tendem a ter uma visão própria de mundo, não conseguindo assumir o ponto de vista dos outros, pensando de maneira linear e só refletindo sobre a reação do outro após responder aos próprios desejos. Marcos apresentava tais características, pois não levava em consideração a vontade de sua família, ou mesmo a reação despertada em seus familiares com relação a suas atitudes agressivas. Conforme os autores, as dimensões comportamentais do TPAS podem ser divididas num contínuo criminal, que vai desde a violação de regras sociais e ações destrutivas dirigidas a si mesmo até crimes físicos violentos ou letais contra pessoas. Os pacientes

tendem a ser muito sociáveis e, dessa maneira, o comportamento identificado pode ser considerado como "aceitável" ou ignorado. Episodicamente, todavia, tais comportamentos, que podem ser intencionais ou não intencionais, entram em conflito com a população em geral.

J. S. Beck (2007) sugere que as crenças centrais dos pacientes com TPAS envolvem a ideia de terem sido vitimizados por outros. Nota-se que em alguns momentos da terapia, em situações em que eram abordados temas relacionados à infância e adolescência do paciente, Marcos apresentava um discurso que justificaria seus ataques. Para o paciente, ele era vítima fácil de outras pessoas, por isso, era melhor atacar do que ser atacado, construindo e fortalecendo suas crenças de superioridade.

Diante de tais crenças, o paciente desenvolveu regras como "pessoas inferiores a mim não precisam ser respeitadas", permitindo-se desrespeitar os demais e acreditando que estava sendo justo com elas. Ao mesmo tempo, Marcos tinha a crença-regra de que "pessoas que têm estudo merecem ser respeitadas"; a partir disso, o paciente respeitava os superiores na empresa onde trabalhava e respeitava também sua terapeuta.

Outra crença intermediária que foi identificada a respeito do paciente: "se falam que eu sou mau, então serei pior ainda". Marcos relatou que seus familiares diziam que ele era incompetente com a criação de seus filhos e com o sustento da família, o que gerava nele um sentimento de raiva e se comportava de maneira a menosprezar e atacar seus familiares. Também de acordo com as mesmas situações, o paciente acreditava que "é melhor desrespeitar do que ser desrespeitado". Sua principal estratégia compensatória era menosprezar as pessoas à sua volta, na tentativa de mostrar sua superioridade e evitar possíveis afrontamentos. A forma rígida com que Marcos agia com os outros era sua estratégia compensatória, acreditando que era superior aos outros e que os outros eram merecedores desse tratamento. Verificou-se, portanto, que as características indicativas de TPOC eram, na verdade, estratégias compensatórias do paciente para o TPAS.

Para a construção da conceitualização cognitiva, foram analisadas situações do cotidiano de Marcos, entre elas a situação em que os parentes falaram que Marcos não pensava na família, gerando um pensamento automático: "quem eles pensam que são para falar mal de mim?". Pode-se perceber a ativação de suas crenças centrais, a respeito de si e sobre os outros, gerando um significado de superioridade. A emoção relatada pelo paciente foi raiva, e o comportamento gerado a partir desse evento foi o de não conversar mais com a família. Outra situação analisada foi quando o filho mais velho caiu de bicicleta e se machucou. Nessa ocasião, o pensamento automático de Marcos foi: "ele que se vire sozinho, é homem já". Nessa situação, pode-se identificar uma crença-regra a respeito de como os filhos devem ser criados. Marcos acreditava que seus filhos não podiam chorar e que deviam aprender a viver sem precisar de ajuda, sem isso não se tornariam homens de verdade, negando assim auxílio ao seu filho, tendo um sentimento de indiferença ao sofrimento do filho e se ausentando de culpa pelo acontecido.

Em relação à esposa, a situação analisada foi a de uma briga conjugal decorrente de um pedido de demissão do emprego em que Marcos não havia contado para sua esposa nem a consultado sobre essa decisão. O pensamento automático suscitado no paciente nessa situação foi: "ela não manda em mim", indo de acordo com suas crenças sobre sua superioridade, gerando um sentimento de indiferença e o comportamento de sair de casa e deixar sua mulher falando sozinha.

As vivências do paciente, a educação de sua mãe, a omissão do pai e seu temperamento fizeram com que tais crenças fossem aprendidas e sustentadas desde sua infância, justificando seu diagnóstico e a necessidade de se realizar uma reestruturação cognitiva a respeito delas. A Figura 1 exemplifica parte do Diagrama de Conceitualização Cognitiva de Marcos.

DIAGRAMA DE CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

CRENÇAS CENTRAIS
Sobre si: "Eu sou forte / superior"
Sobre os outros (o mundo): "Os outros são inferiores a mim"
Sobre o futuro: "O futuro pode ser melhor"

⇩

CRENÇAS REGRA
"Se falam que eu sou mal, então serei pior ainda."
"É melhor atacar do que ser atacado"
"É melhor desrespeitar do que ser desrespeitado"
"Pessoas que tem estudo merecem ser respeitadas"
"Pessoas inferiores a mim não precisam ser respeitadas"

⇩

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS
O paciente age de forma a menosprezar outras pessoas.
O paciente era inflexível com a família.

Situação Parentes falam a Marcos que ele não pensa na família	**Situação** Filho caiu de bicicleta e machucou-se
⇩	⇩
Pensamento Automático Quem eles pensam que são para falar mal de mim	**Pensamento Automático** "Ele que se vire sozinho, é homem já"
⇩	⇩
Significado do P.A. Superioridade	**Significado do P.A.** Ausência de empatia
⇩	⇩
Emoção Raiva	**Emoção** Indiferença
⇩	⇩
Comportamento Afastar-se dos parentes (pode chamar isso de fuga?)	**Comportamento** Não ajudar o filho.

Construindo a mudança

É relevante ao caso do paciente entender como a TCC compreende os transtornos de personalidade. Segundo A. T. Beck et

al. (2005), os padrões de personalidade podem ter se derivado da herança filogenética, ou seja, "estratégias" que facilitavam a sobrevivência e a reprodução seriam favorecidas no processo da seleção natural. Derivados de estratégias primitivas podem ser observados, de forma exagerada em transtornos de ansiedade e depressão e em transtornos de personalidade. Assim as estratégias predatórias, exibicionistas ou competitivas poderiam assegurar a vida em condições primitivas, mas podem ser pouco recomendadas em um meio social contemporâneo. Na perspectiva dos autores, as características inatas devem ser vistas como "tendências" que podem ser acentuadas ou diminuídas pelo meio em que o indivíduo se encontra. As atividades dirigidas à sobrevivência e à reprodução se bem direcionadas levam ao prazer, mas quando frustradas causam dor e sofrimento.

De acordo com Adshead (2001), os transtornos de personalidade ainda são desafios terapêuticos. Em especial no TPAS suas próprias características acabam se tornando um obstáculo para o tratamento, características tais como desconfiança, ausência de reciprocidade e insensibilidade social, limitações na capacidade de formar alianças afetivas, dificuldade de trabalhar com metas em longo prazo e de avaliar as evidências e consequências antes de agir, as quais influenciam diretamente e negativamente no tratamento terapêutico (Baptista & Morais, 2003; J. S. Beck, 2007; Costa & Valerio, 2008).

Marcos foi atendido individualmente em TCC. Foram realizadas 23 sessões de frequência semanal. Por motivos de trabalho, o paciente precisou interromper o processo terapêutico quando os objetivos ainda não haviam sido atingidos. Por essa razão, não houve alta do paciente. Na sequência, serão discriminadas as intervenções realizadas no caso durante o período de atendimento.

As oito sessões iniciais foram destinadas ao estabelecimento e à averiguação da hipótese diagnóstica. Como visto anteriormente, duas hipóteses diagnósticas foram aventadas e investigadas antes de se confirmar o diagnóstico de TPAS. Isso ocorreu porque o paciente trazia diferentes queixas a cada semana. Os sintomas e as queixas foram investigados detalhadamente para conseguir identificar o diagnóstico de Marcos.

Inicialmente, realizou-se psicoeducação a respeito do modelo cognitivo. O paciente apresentou dificuldade em compreender o modelo, mesmo com explicações mais concretas, provavelmente por seu baixo nível educacional. Dada a dificuldade do paciente, optou-se por apresentar a ele exemplos concretos de psicoeducação, semelhantes às estratégias empregadas no atendimento infantil e adolescente em TCC. Para tanto, a terapeuta levou para sessão alguns vídeos, de modo a ilustrar o desencadeamento de um pensamento automático a partir de uma situação específica e dos comportamentos e emoções consequentes. O objetivo em se realizar a psicoeducação do modelo cognitivo, segundo J. S. Beck (1997), é ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta, tendo uma ampla visão da terapia, tornando o processo terapêutico compreensível tanto para o terapeuta quanto para o paciente.

O vinculo terapêutico no início era restrito. O paciente não explanava sobre suas vivências e pensamentos relacionados às situações. Gradativamente, ele progrediu, confiando e estabelecendo uma relação segura com a terapeuta. Esse vínculo de confiança e respeito foi essencial para a condução do processo psicoterápico.

Considerando a estrutura diretiva da TCC, percebeu-se que o paciente tinha muita dificuldade em adequar-se a ela, mudando constantemente suas queixas principais. Dentre as queixas trazidas pelo paciente estavam: problemas com relacionamentos extraconjugais, problemas financeiros, problemas com a moradia e problemas com a lei, que prejudicaram outrem, porém com ausência de remorso ou culpa. A partir dos problemas com a lei e a maneira como o paciente lidava com as dificuldades cotidianas, foram investigados os sintomas de TPAS e iniciado o tratamento, começando pela impulsividade. Conforme Eveden (1999), a impulsividade é uma tendência a escolher comportamentos arriscados, mal-adaptativos, sem planejamento e executados de forma prematura, o que justificaria a maneira como o paciente agia com o filho e com outras pessoas envolvidas em seu meio familiar ou em sua vida cotidiana. O trabalho em relação à impulsividade direcionou-se para as dificuldades indicadas no eixo IV do diagnóstico multiaxial.

Após várias tentativas de delinear um foco inicial, percebeu-se que um dos grandes problemas do paciente estava relacionado à falta de organização financeira. A dificuldade do paciente em lidar com as contas a pagar e economizar dinheiro para realizar planos futuros estava relacionada a um padrão de decisões tomadas por impulso e à falta de preocupação com as consequências de seus atos. A principal técnica utilizada nesse momento foi o questionamento socrático, que, segundo Miyazaki (2004), se refere à exploração cooperativa de um determinado tema. O questionamento socrático pode ser definido como uma série de questões cuidadosamente elaboradas para levar a conclusões lógicas em relação a um problema e fornecer diretrizes adequadas para futuras ações. Os principais objetivos dessa técnica envolvem: obter informações, conhecer o problema trazido pelo paciente, obter uma visão geral a respeito de seu estilo de vida atual, avaliar estratégias de enfrentamento, avaliar os estressores e o funcionamento global, transformar queixas vagas em problemas concretos, decidir o tipo de enfoque a ser utilizado em relação ao problema, auxiliar o paciente a avaliar as consequências de seus comportamentos disfuncionais e possíveis mudanças, identificar cognições específicas associadas a emoções ou comportamentos disfuncionais, avaliar o significado atribuído pelo paciente a eventos específicos, suas autoverbalizações ou autoavaliações negativas e explorar áreas de difícil acesso.

Miyazaki (2004) ainda explicita que a técnica do questionamento socrático deve propor ao paciente dirigir a atenção para uma área específica e avaliar suas respostas em relação ao tema, esclarecer ou definir o problema, auxiliar a identificar pensamentos, imagens e crenças, examinar o significado atribuído pelo paciente aos eventos e avaliar as consequências de pensamentos e comportamentos. Essa busca auxilia na modificação de padrões disfuncionais de pensamento e, assim, facilita mudanças comportamentais, ambientais e biológicas. À medida que o paciente identifica questões cuja resposta desconhece, há uma maior possibilidade de motivação deste com o processo psicoterápico.

Concomitantemente aos questionamentos socráticos, também foram trabalhados assuntos referentes à queixa: formas de melhor

organização financeira, planilha de ganhos e gastos, novas estratégias para diminuir gastos, metas em curto, médio e longo prazos. A meta de Marcos em curto prazo era pagar as dívidas; as metas para médio e longo prazos eram guardar dinheiro para a construção de uma casa própria. Até o encerramento da terapia, Marcos estava com as finanças equilibradas, as contas ainda restantes haviam sido renegociadas e o paciente buscava honrá-las mensalmente. Com o orçamento em ordem e a diminuição dos gastos, Marcos começou a guardar dinheiro para a construção da casa. Marcos acreditava que não precisaria pagar as contas, que se esconderia dos cobradores e que algum dia resolveria a situação. Não obstante, a situação de ter contas atrasadas gerava um quadro de maior hostilidade, preocupação e retraimento no paciente. Dessa forma, a partir das técnicas empregadas, o paciente optou por sanar as dívidas e estabelecer metas em longo prazo.

Outra questão relacionada à dificuldade em controlar os impulsos e a agressividade foi identificada quando Marcos relatou que estava procurando uma arma para comprar, pois tinha o objetivo de atirar em um ex-cliente que estava lhe devendo e não queria pagar. Para o paciente, a possibilidade de balear o ex-cliente e "fazer justiça com as próprias mãos" era a única opção plausível. A terapeuta então realizou com o paciente um levantamento de possibilidades para a resolução do problema. As possibilidades identificadas foram: conversar com o devedor, acionar a justiça para cobrança da dívida, propor uma permuta e ainda a opção de o paciente de fazer justiça com as próprias mãos. A partir disso, foi feita uma análise de cada ganho e consequência das possíveis opções. Ao final da sessão, o paciente verificou que estava agindo por impulso novamente e decidiu que iria entrar na justiça para receber o que o ex-cliente lhe devia.

Ganhos em longo prazo também foram alcançados nesse sentido, pois o paciente passou a avaliar com antecedência a realização de comportamentos impulsivos, evitando atritos em sua família e com outras pessoas. A técnica de solução de problemas associada à avaliação das vantagens e desvantagens (J. S. Beck, 1997) consiste em fazer com que o paciente tenha claro o padrão de pensamento dicotômico, ensinando-o a relacionar as vantagens e desvantagens

de cada opção, com o objetivo de equilibrar as alternativas. Segundo Beck et al. (2005), pacientes com TPAS frequentemente tendem a sentir que estão sendo acusados de mau comportamento; a partir disso, o terapeuta e o paciente devem realizar uma análise da relação de custo-benefício das diferentes possibilidades para que o paciente perceba as vantagens de escolhas mais construtivas.

Após o fechamento desse foco do problema, foi acordado que seriam trabalhados os problemas e as metas do paciente com relação ao filho na tentativa de estabelecer uma relação saudável com a criança e flexibilizar os pensamentos do paciente sobre a infância e em relação ao filho. Essas metas variavam desde prestar atenção aos comportamentos do filho, seus horários, desenhos e brincadeiras de que ele gostava e tarefas da escola até manter um diálogo com Eduardo, em tom de voz assertivo, sem cobranças, exigências ou brigas. Trabalhou-se com o paciente a psicoeducação (Beck 1997) a respeito de temas sobre a infância, relacionamento entre pais e filhos e formação de crenças centrais em crianças e em adultos. Toda psicoeducação feita em sessão era entregue ao paciente para que levasse para casa, de modo a reforçar o aprendizado e aumentar a probabilidade de que ele não se esquecesse dos assuntos trabalhados em terapia.

Com o intuito de flexibilizar as crenças de Marcos sobre a educação do filho, foram utilizadas técnicas como questionamento socrático e *continuum* cognitivo (Leahy, 2006), técnica que consiste em apresentar os pensamentos polarizados e então construir pensamentos realistas de nível intermediário. Os questionamentos socráticos com Marcos com relação aos pensamentos e comportamentos com o filho ocorriam quase todas as sessões com perguntas como: como você acredita que seu filho se sente com relação a você? Você acredita estar sendo o melhor pai que você pode ser? O que você acha que seria uma postura ideal de um pai com um filho?

O paciente relatava ter uma postura muito rígida com o filho, pois tinha medo de "mimar" Eduardo e ele o desrespeitar. Assim foram feitos questionamentos socráticos no sentido de: "o que é uma criança "mimada" para você? De quais formas o Eduardo poderia te desrespeitar, caso ele se torne uma criança "mimada"? Qual a dife-

rença entre atenção, cuidado e "mimo"? Caso você desse ao Eduardo um "mimo" adequado, quais consequências você teria? Uma das intervenções mais eficazes com relação a essa temática foi a descoberta guiada mostrando comparativos da educação que Marcos recebia da mãe e a que estava passando para o filho. O paciente ficou bastante emocionado e conseguiu colocar-se empaticamente no lugar de Eduardo, alegando também que sua vida teria sido mais fácil se sua mãe o tivesse entendido e respeitado. Estas e outras questões foram trabalhadas com o paciente para que ele chegasse à resposta adaptativa de que era possível amar e educar o filho sem "mimá-lo", de que ele precisaria de calma e paciência para não repetir a educação que recebeu e que as crianças precisam sentir-se seguras e amadas pelos pais para desenvolverem-se de forma saudável. Com tais técnicas, foi possível reestruturar algumas crenças intermediárias do paciente a respeito da relação dele com o filho. Após a reestruturação, percebeu-se pela descrição do paciente um ganho na relação entre Marcos e seu filho.

Em seguida, estabeleceram-se, conjuntamente com Marcos, diversos novos comportamentos que ele gradativamente empregaria na relação com o filho. Elaborou-se uma espécie de hierarquia de exposição que tinha como objetivo que o paciente prestasse mais atenção a como estava interagindo com o filho e melhorasse a forma de se relacionar com Eduardo. A hierarquia incluiu elogiar o filho, escolher uma atividade para desempenharem juntos pelo menos uma vez por semana, conversar com o filho em vez de gritar, mesmo se Eduardo tivesse feito algo errado, substituir a punição física por um castigo relacionado ao erro do filho. Marcos, todavia, deveria refletir sobre o quanto o filho realmente seria merecedor do castigo, pois havia uma tendência em distorcer alguns eventos conforme as crenças-regra e a agir com a raiva decorrente dessas distorções.

Segundo J. S. Beck (1997), o experimento comportamental proporciona oportunidades ao paciente de educar-se, colher dados, testar pensamentos e crenças para praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos a partir da modificação dos pensamentos (J. S. Beck, 1997). Ao final de 23 sessões Marcos diminuiu a incidência de comportamentos agressivos em

relação a Eduardo e passou a brincar e suprir os cuidados básicos de seus filhos. Tais informações fornecidas pelo paciente foram checadas com a criança em sessão realizada individualmente com Eduardo.

Inicialmente, Marcos se recusava a fazer as tarefas de casa. Por esse motivo, foi feita a psicoeducação a respeito das vantagens em realizá-las. Ao longo do processo terapêutico, com o melhor estabelecimento do vínculo e os trabalhos realizados acerca da situação financeira do paciente, este se mostrou mais flexível sobre as tarefas de casa. Na tentativa de engajar o paciente a efetuá-las, a terapeuta modificou os temas das tarefas, tornando-as mais simples, como "pensar durante a semana o que foi discutido na sessão" com o objetivo de o paciente não esquecer o que foi trabalhado no atendimento. Assim, quando foi trabalhado o relacionamento de Marcos e seu filho, o paciente já aceitava realizar pequenas tarefas de casa ao longo da semana.

Apesar de o processo terapêutico não ter ocorrido da maneira delimitada e estruturada como a literatura recomenda, foram identificados alguns ganhos terapêuticos em relação ao Transtorno de Personalidade Antissocial. Segundo Ball e Young (2000), é necessário valorizar melhorias e mudanças adaptativas em áreas específicas da vida do paciente em vez de esperar mudanças profundas e estruturais. É imprescindível traçar metas mais realistas quando se tratam de transtornos graves de personalidade, como, por exemplo, metas relacionadas a autoestima, funcionamento emocional, relações interpessoais e sintomas psiquiátricos. Outro ponto de atenção é o fato de que é raro que os problemas apresentados pelo paciente sejam diretamente relacionados à personalidade e, além disso, frequentemente eles rejeitam o diagnóstico e negam seus sintomas como problema (Black, 2006).

Em relação aos sintomas do paciente para esse transtorno, foram realizados questionamentos socráticos, análise de vantagens e desvantagens, *continuum* cognitivo, psicoeducação, apresentação e discussão das distorções cognitivas e crenças-regra e como estas influenciavam as decisões de Marcos a fim de flexibilizar e mudar as crenças e os comportamentos disfuncionais, restabelecer cognições mais realistas ao paciente e, assim, diminuir o impacto do transtor-

no na sua vida. Segundo A. T. *Beck* et al. (2005) as crenças mais comuns do paciente com TPAS envolvem crenças que justificam as ações; infalibilidade pessoal, com uma confiança excessiva e errônea nas próprias escolhas; impotência dos outros e consequências de pouco impacto, ou seja, dificuldade em avaliar realisticamente a consequência de seus atos.

A maioria dessas crenças era apresentada por Marcos, pois ele sempre apresentava uma justificativa para as transgressões que cometia, e geralmente responsabilizava o outro por suas próprias ações: se traía a esposa, era porque ela não fazia sexo com ele com a frequência que ele esperava. Marcos também tinha dificuldade em avaliar as consequências de seus comportamentos, por exemplo, poderia ser preso por tentativa de suborno e de assassinato, no entanto continuava a apresentar tais condutas. O paciente também confiava em excesso nas próprias escolhas, acreditando fazer sempre o que era certo, como, por exemplo, nas inúmeras vezes em que tentou trabalhar como autônomo e não conseguiu levar o negócio adiante. Todas essas crenças foram foco de terapia e, em certa medida, obteve-se flexibilização em todas elas.

Segundo Black (2006) no tratamento ao TPAS o terapeuta deve estabelecer metas para o paciente com o principal objetivo de auxiliá-lo a compreender como os comportamentos não adaptados são mantidos por ele mesmo e, a partir disso, flexibilizar tais pensamentos, os quais mantêm os comportamentos. Outras estratégias eficazes no trabalho com tais pacientes incluem o treinamento de habilidades sociais e raciocínio moral, gerenciamento da raiva e redução do comportamento agressivo (Glick, 2006). O objetivo é desenvolver habilidades prossociais e habilidades para gerenciar os impulsos de raiva que levam a comportamentos antissociais. Parte-se do pressuposto de que os comportamentos agressivos derivam de múltiplas causas, tanto internas quanto externas ao indivíduo. As internas são advindas de três fatores: primeiro, um déficit de habilidades cognitivas, interpessoais e sociais, as quais são necessárias para garantir um comportamento prossocial; segundo, baixo nível de controle da raiva, acarretando comportamentos impulsivos e agressivos; e terceiro, um imaturo estilo de raciocínio (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998).

Quanto aos aspectos externos, muitos podem ser os disparadores dos comportamentos agressivos e da raiva. É necessário, então, identificar especificamente os disparadores em potencial e a maneira como o paciente interpreta tais disparadores. O próximo passo é trabalhar estratégias de autocontrole, por exemplo, a partir do treino da respiração e de cartões de enfrentamento que indiquem ações diretas que podem ser empregadas para manejo da raiva. Por sua vez, o aumento da consciência moral pode ser feito com um conjunto de procedimentos psicoeducacioanis destinados a elevar o nível de equidade, justiça e preocupação com as necessidades dos outros. Finalmente, é importante desenvolver estratégias de enfrentamento prossociais a partir do treino de habilidades sociais como receber um elogio, compreender os sentimentos dos outros, lidar com a raiva dos outros, expressar afeto e lidar com o fracasso (Hatcher, et al. 2008).

Em função da falta de protocolo específico para tratamento de personalidade antissocial e do pequeno número de pesquisas a respeito do transtorno fora do contexto forense, foram utilizados com o paciente descrito os princípios da TCC visando atingir um comportamento prossocial a partir de novas habilidades sociais direcionadas à família e ao controle da impulsividade direcionada a gastos e desacordos comerciais.

O desfecho

As mudanças apresentadas na terapia pelo paciente não puderam ser medidas em longo prazo, já que Marcos precisou interromper o processo terapêutico porque foi chamado para trabalhar em outra cidade. Não foi possível trabalhar com todas as metas planejadas inicialmente, devido à frequente mudança das queixas do paciente e à quebra do processo pelo seu desligamento.

O paciente manteve-se engajado, pois não faltava às sessões, porém não participativo em algumas intervenções empregadas, principalmente no início da terapia, quando se recusava a fazer as tarefas de casa. Marcos tinha o hábito de discordar da terapeuta e das intervenções propostas, todavia tendia a colocá-las em prática ao longo da

semana, mesmo sem assumir que essa mudança se devia ao que tinha sido discutido em sessão.

Marcos apresentou melhoras significativas em relação à organização financeira, evitando gastos desnecessários e pagando as dívidas já acumuladas. Antes de Marcos precisar se desligar da terapia, ele já evitava gastos com viagens nos finais de semana, as quais estava acostumado a realizar, evitava também promover churrascos com os amigos em sua casa. Para não atrapalhar a dinâmica estabelecida na família, o paciente optou por continuar a sair com os filhos nos finais de semana nas praças e parques da cidade, onde não era necessário gastar muito dinheiro. Outra mudança apresentada foi que o paciente percebeu que não era necessário ter dois meios de transporte em sua casa, pois somente ele dirigia, com isso vendeu uma moto e ficou somente com o carro, economizando impostos e manutenção em longo prazo.

Com a melhora em sua vida financeira, o paciente ficou emocionalmente mais saudável, sendo possível iniciar o processo terapêutico a respeito da relação do paciente e seu filho. A partir da psicoeducação, Marcos começou a entender mais a respeito da infância e de como seus filhos agiam e por que agiam de determinada maneira, como, por exemplo, quando seu filho se distraía com outras coisas e esquecia-se de colocar comida para os animais da casa. Uma das estratégias utilizadas para melhorar a relação entre eles foi estabelecer um horário para Marcos brincar com seus filhos, dirigindo sua atenção somente às crianças. As brincadeiras e os jogos eram escolhidos conforme a vontade das crianças. Até o encerramento da terapia, Marcos estava conseguindo manter os horários para brincar com os filhos. No início da terapia, Marcos relatava que agredia fisicamente o filho mais velho todos os dias. Ao longo do processo, o paciente relatou que não o agredia mais. Também estava se esforçando para ter mais paciência e não gritar com Eduardo. Na sessão com a criança, foi possível confirmar essa modificação.

Com a psicoeducação a respeito de como se formam as crenças nas crianças, devido ao modo como os adultos as tratam e às vivências dos pequenos, o paciente entendeu que o modo como ele estava agindo não seria saudável para seu filho, percebendo a semelhança entre

o modo como sua mãe o tratava e o modo como ele estava tratando o filho. Todas essas estratégias possibilitaram uma melhora na vida geral do paciente, melhorando o relacionamento com o filho primogênito, que era sua principal queixa. Não podemos supor se suas mudanças ainda perduram, pois o paciente finalizou o processo enquanto ainda não estava preparado para recaídas, as quais podem aparecer ao longo do tempo.

Como visto, a queixa inicial de Marcos não envolvia os critérios do transtorno de personalidade antissocial, todavia o diagnóstico foi se delineando a partir das falas e dos eventos trazidos pelo paciente. Quanto às queixas iniciais que se encontravam no Eixo IV, trabalharam-se e obteve-se resultado quanto ao grupo primário de apoio em relação aos problemas com o filho e aos problemas econômicos, pois o paciente aprendeu a organizar-se financeiramente e a diminuir os gastos, controlando-os de forma satisfatória, o que teria consequências futuramente para os problemas de moradia, pois era meta de médio e longo prazo do paciente comprar uma casa quando estivesse equilibrado financeiramente.

Quanto aos sintomas do TPAS, obteve-se melhora em relação à impulsividade no que tange à relação com o filho, gastos e eventos futuros. A irritabilidade em casa diminuiu, Marcos conseguia se controlar e ser menos agressivo em casa. Em relação à agressividade fora de casa, o paciente refletiu sobre as consequências de suas ações e os possíveis prejuízos que já teve ou poderia ter tido como decorrência dos comportamentos agressivos. O ganho nesse tema foi o de conseguir com que Marcos refletisse antes de querer brigar ou resolver problemas a partir da violência. Mostrou-se mais responsável quanto a atividades laborais, tanto que avaliou as vantagens e desvantagens de aceitar um emprego em outro Estado e optou por aceitar, entendendo que seria a melhor opção naquele momento, dado que o próprio negócio apresentava problemas financeiros. O paciente também compreendeu de que maneira a relação com a família nuclear deu origem às crenças que ele apresentava sobre ele mesmo e os outros e, consequentemente, como isso estava relacionado às ações dele.

Não houve tempo para trabalhar os casos extraconjugais e as mentiras para os amigos, tampouco a maneira como ele tratava os colegas de trabalho que ocupavam um cargo igual ou inferior ao dele na escala hierárquica. Nesse sentido, o paciente ainda tinha dificuldade em se conformar a algumas normas sociais e legais, embora estivesse analisando com antecedência algumas consequências de seus atos; também continuava propenso a enganar e mentir com vistas a obter prazer. Ainda demonstrava ausência de remorso, exceto com o filho primogênito, com o qual já conseguia ser um pouco mais empático e tolerante.

Apesar de todas as dificuldades relacionadas ao tratamento do TPAS e ao prognóstico reservado que o transtorno impõe, foi possível obter alguns ganhos terapêuticos no caso em questão. Tais ganhos favoreceram diretamente o convívio familiar e trouxeram mais qualidade de vida ao paciente. A interrupção do tratamento foi ruim na medida em que temas ainda precisavam ser abordados, todavia acredita-se que Marcos seja capaz de generalizar algumas aprendizagens a outras esferas da vida dele.

Enfim...

Diversas questões estão implicadas no tratamento ao TPAS. Frequentemente, a principal queixa dos pacientes com esse transtorno direciona-se a sintomas como ansiedade e depressão ou a problemas psicossociais e ambientais, visto que tais pacientes não reconhecem que seus comportamentos são inadequados e interferem no modo de enfretamento de suas queixas (A. T. Beck et al., 2005). Muitas vezes, a procura para o atendimento advém de pressões externas, tais como familiares ou até mesmo sistema jurídico (Kaplan & Sadock, 2007).

Outro ponto de grande importância que permeia o entendimento do transtorno é a distinção entre os conceitos de psicopatia, sociopatia ou personalidade dissocial e personalidade antissocial. Segundo Rogstad e Rogers (2008), poucos estudos estão se voltando para entender tais diferenças. Sabe-se que a experiência afetiva deficiente é uma característica marcante da psicopatia, porém a pergunta que permanece é se essa marca é exclusiva para o psicopata

ou também compartilhada pelo indivíduo com TPAS, indicando a necessidade de revisão dos critérios diagnósticos apresentados pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

Para diagnóstico do TPAS, é necessário que o indivíduo tenha apresentado transtorno da conduta na infância ou adolescência. Portanto, é possível que os sintomas sejam identificados precocemente antes que o transtorno de personalidade se instale. Além disso, sabe-se que o comportamento antissocial torna-se mais estável e menos modificável ao longo da vida. Tendo essas questões em vista e sabendo-se que a prevalência do TPAS em amostra comunitárias é de cerca de 3% para os homens e 1% para as mulheres e que o transtorno tem um curso crônico e prognóstico reservado, é de suma importância que os pais e professores sejam conscientizados para identificar e encaminhar crianças e adolescentes para avaliação e tratamento precocemente, dado que se trata de um transtorno que afeta negativamente a vida cotidiana do paciente, de seus familiares e da comunidade como um todo.

Em relação à intervenção terapêutica, a escassez de técnicas cognitivas para o tratamento do TPAS mostra a necessidade de mais estudos na área e a construção de protocolos de atendimento específicos, especialmente estudos controlados verificando a eficácia das técnicas, de modo a nortear o terapeuta para o manejo com o paciente. Finalmente, uma questão crucial no atendimento a esses pacientes refere-se aos sentimentos que eles despertam no terapeuta. Ora intimidadores, ora emocionalmente frios, fazem com que o terapeuta tenha vontade de não mais atendê-los, de encaminhá-los para outro colega. Despertam as crenças de incapacidade dos terapeutas, fazem com que se questionem quanto à sua competência bem como quanto à eficácia da terapia que empregam. A literatura traz que o prognóstico para esses pacientes é reservado. Então o que fazer? O primeiro desafio terapêutico é empatizar com aquele ser humano que ali se encontra, despertar um interesse genuíno de ajudá-lo e, como bons terapeutas cognitivos, responder aos próprios pensamentos automáticos sobre eles. Não reagir a eles da mesma maneira que as pessoas do meio deles reagem, nem subservientes, tampouco raivosos, esse é um grande desafio.

O embasamento

Adshead G. (2001). Murmurs of discontent: treatment and treatability of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 407-416.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM–IV–TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4. ed., Cláudia Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2003). Transtornos de personalidade e psicoterapia cognitiva. In M. Z. Brandão (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação* (vol. 12, pp. 256-265). Santo André, SP: ESETec.

Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 270-281.

Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2005). Transtorno da Personalidade Antissocial. In A. T. Beck, A. Freeman & D. D. Davis, *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 147 – 166.

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (Sandra Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (2007). Quando um transtorno de personalidade desafia o tratamento. In J. S. Beck, *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed. 52 – 75.

Black, D. (2006). Treatment for antissocial personality disorder. *Psych Central*. Disponível em http://psychcentral.com/lib/2006/treatment-for-antisocial-personality-disorder/all/1/

Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 227-235.

Bordin, I. A. S, & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento antissocial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), S12-S15.

Costa, J. B. P., & Valerio, N. I. (2008). Transtorno de personalidade antissocial e transtornos por uso de substâncias: Caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas em Psicologia*, 16(1), 119–132.

Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology (Berl.)*, *146*(4), 348-361.

Glick, B. (2006). *Cognitive behavioral interventions for at-risk youth*. New Jersey: Civic Research Institute.

Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training* (Rev. ed.). Champaign, IL: Research Press.

Hare, R. D. (2003). Technical manual for the revised psychopathy checklist (2nd ed.). North Tonawanda, NJ: Multi-Health Systems.

Hatcher, M. H., Palmer, E. J., McGuire, J., Hounsome, J. C., Bilbye, C. A. L. & Hollinb, C. R. (2008). Aggression replacement training with adult male offenders within community settings: A reconviction analysis. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(4), 517–532.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441–476

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P. (2004). Principais técnicas. In: P. Knapp (Org.), Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica (pp. 133-158). Porto Alegre: Artmed.

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa*. Porto Alegre: Artmed.

Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Miyazaki, M. C. O. S. (2004). Diálogo socrático. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 311–319). São Paulo: Rocca.

Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2). Disponível em http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=109.

Rogstad, J. E. & Rogers, R. (2008). Gender differences in contributions of emotion to psychopathy and antissocial personality disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 1472–1484.

Zeier, J. D., Sommers, Baskin A. R., Racer, K. D. H., & Newman, J. P. (2011, July 4). Cognitive control deficits associated with antissocial personality disorder and psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Disponível em http://psycnet.apa.org/psycinfo/2011-13431-001/.